Nr 10. Kraków, 9. marca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 9. marca 1918. Nr. 10

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne. Ropne zapalenie opon mózgowych pochodzenia durowego.

Opisał

Prof. Dr. L. Korczyński.

U chorych na dur brzuszny przydarzają się niekiedy objawy nerwowe, właściwe podrażnieniu opon mózgu i rdzenia i utrzymują się czasem tak długo, że uzasadniają przypuszczenie sprawy zapalnej w oponach. W dawniejszych czasach tłómaczono je zbyt pochopnie w ten sposób i nazbyt często rozpoznawano odrębną do pewnego stopnia postać tyfusu, zwaną durem mózgowym, ściślej biorąc oponowym (meningotyphus). Stanowisko to nie ostało się wobec krytyki badań anatomopatologicznych. Na podstawie zasobnego materyału sekcyjnego można było wykazać, że w ogromnej większości przypadków, w których za życia istniały objawy oponowe, nie było w oponach istotnych zmian zapalnych, widocznych gołem okiem. Obraz sekcyjny nie tłómaczył szczegółów nerwowych obrazu klinicznego. Na tę niezgodność między wynikami spostrzeżeń klinicznych i badań anatomicznych zwracano wielokrotnie uwagę. Jako przykład posłużyć mogą prace Strümpella [1], Eichhorsta [2], Curschmanna [3], Schottmüllera [4], Wolffa [5], pośrednio także Jurgensa [6], oraz polskich autorów Krokiewicza [7] i Biegańskiego-Wilczyńskiego [8].

W celu rozjaśnienia tego rodzaju przypadków przeprowadził Schultze [9] bardzo szczegółowe badania drobnowidowe na skrawkach, sporządzonych tak z opon, jakoteż z przyległych części mózgu i rdzenia. Wynikiem ich było wykrycie, obok znacznego przekrwienia, nacieku drobnokomórkowego wzdłuż naczyń, przebiegających w oponach i w powierzchownych warstwach istoty mózgowej i rdzeniowej.

Zmiany te nie są zapewne bez znaczenia dla czynności układu nerwowego, ale nie tłómaczą jeszcze bynajmniej zbioru t. zw. oponowych objawów. Możemy się zresztą powołać na niedawną pracę Osakiego [10] z zakładu patologicznego Chiariego, streszczającą wyniki badań histologicznych mózgu i rdzenia ze zwłok osób, zmarłych na rozmaite choroby zakaźne. Dowiadujemy się z niej, że takie same zmiany, jakie opisywał Schultze, znaleziono w czterech przypadkach sekcyjnych zapalenia płuc, w których za życia nie spostrzegano zupełnie zjawisk podrażnienia opon. Badania Schultzego tracą wobec tego ogromnie wiele ze swego znaczenia, a to tem bardziej, że w toku ich nie powiodło się z układu nerwowego wyhodować laseczników tyfusowych. Tem samem nie można utrzymywać, że przekrwienie i naciek drobnokomórkowy, znajdujące się wzdłuż naczyń, zawdzięczają swoje powstanie bezpośredniemu działaniu prątków Ebertha. Raczej zgodzić się trzeba z zapatrywaniem Klebsa, liczącem bardzo wielu zwolenników, według którego przy powstawaniu zaburzeń nerwowych, towarzyszących durowi brzusznemu, najwybitniejszą rolę odgrywają jady tyfusowe. Działaniem tych samych jadów tłómaczyć zresztą można także i zmiany w otoczeniu naczyń, opierając się na badaniach, obecnie bardzo już licznych, które stwierdzają nader wielką wrażliwość naczyń wobec toksyn, wytwarzanych przez rozmaite chorobotwórcze bakterye.

Licząc się z doświadczeniami, poczynionemi przez badania sekcyjne, musiała medycyna kliniczna sprostować swoje zapatrywania o ważności rozpoznawczej znamion podrażnienia opon mózgowych i żądać dla pewnego rozpoznania zapalenia opon ściślejszych i pewniejszych podstaw. Dla uwydatnienia, że w danym przypadku istnieją objawy oponowe, niezależne od zapalenia, wprowadzono osobne nazwy. Bouchut [11] użył w tym celu określenia »pseudomeningitis«. Schultze [12] mówił o »meningitis sine meningitide«. Dupré [13] stworzył wyrażenie »meningismus«. To wyrażenie przyjęło się najłatwiej i niemal powszechnie jest obecnie używane.

W przeciwieństwie do tyfusowego meningizmu, który nie jest zapewne zbyt częsty, ale nie należy do rzędu wyjątkowych zjawisk, przydarzają się istotne zapalenia opon, wzniecane przez prątki durowe, zwłaszcza zaś zapalenia ropne, niezmiernie rzadko.

W początkach badań bakteryologicznych, zajmujących się poznawaniem patogenezy prątków Ebertha, odmawiano tym bakteryom wogóle własności ropotwórczych. Niektórzy autorowie, jak Baumgarten [14], E. Fränkel [15], Dunin [16], Klemm [17] i in. popierali bardzo długo powyższe zapatrywanie. Obecność prątków durowych w ogniskach ropnych pojmowali jako wyraz zakażenia wtórnego, przypisując rolę miarodajnego czynnika wyłącznie tylko znanym ropotwórczym drobnoustrojom. Przeciwne zdanie utorowało sobie dopiero zwolna drogę do powszechnego uznania. Obok prac obcych autorów, jak Orlow [18], Gasser [19], Neumann i Schäfer [20], Ullmann [21] i in., przyczyniły się do tego bardzo wybitnie wyczerpujące badania doświadczalne, przeprowadzone na zwierzętach przez Dmochowskiego i Janowskiego [22].

Pierwsze prace o zapaleniu opon, powstałem na tle zakażenia prątkami durowymi, opierały się na badaniach pośmiertnych. Dowodów, że przyczynę zapalenia stanowią istotnie bakterye tyfusowe, dostarczyły bakteryologiczne badania ropy, zebranej przy sekcyi z opon mózgu i rdzenia. Do rzędu ich należą sprawozdania Freyhana [23], Adenota [24], Hintzego [25], Vincenta [26], Tietina [27], Stühlena [28], Ralpa [29], Doddiego [30], Kühnaua [31], Kamena [32], Ohlmachera [33], Rodena [34], Hugota [35], Denizettiego [36], Chinstocka [37]. Z rozpoznaniem klinicznem tyfusowego zapalenia opon, uzasadnionem należycie badaniami płynu mózgowordzeniowego, uzyskanego przez nakłucia lędźwiowe, spotykamy się dopiero w pracy Stäublego [38], ogłoszonej w r. 1905. Następne lata przyniosły niewiele podobnych spostrzeżeń. W dostępnem dla mnie piśmiennictwie znalazłem opisy ropnego zapalenia przyrody durowej w pracach Stühmera [39], Davida i Speika [40], Lyalla [41], O' Corrola i F. C. Pursera [42], Schottmüllera [43] oraz w najnowszej Umecha [44], ogłoszonej w r. 1916. Doliczyć do nich możemy jeszcze spostrzeżenia włoskiego autora Susanna'ego oraz lekarzy francuskich Bergiego i Weissenbacha i Lumierra i Soltraina, przytoczone przez Umecha. Poza tem zasługują na uwagę sprawozdania, donoszące o obecności laseczników Ebertha w płynie mózgowordzeniowym chorych durowych, u których objawy podrażnienia opon pojawiały się tylko przelotnie, albo gdzie sprawa zapalna w oponach nie okazywała cech zapalenia ropnego. Spostrzeżenia tego rodzaju ogłosili Rocco-Jemma [45], Lewkowicz [46], Guinon [47], Schütze [48], Silberberg [49], David i Speik [50], Schottmüller [51], I. Löw [52].

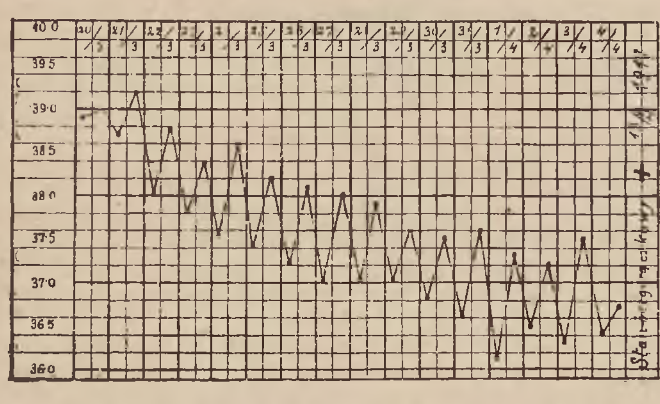
Przytoczone powyżej prace nie wyczerpują jeszcze zapewne wszystkich spostrzeżeń klinicznych o tyfusowem zapaleniu opon. Zgromadzenie wszystkiego, co na ten temat gdziekolwiek napisano, napotykałoby na bardzo wielkie trudności, nie dając w zamian istotnych wielkich korzyści. — Jeśli uwzględnimy, jak skrzętnie współczesne piśmiennictwo lekarskie podaje opisy rzadkich

przypadków chorobowych, to z tego, że tak niewiele powiodło nam się zebrać, wnosić można, że prątki durowe nader rzadko wzniecają w oponach sprawy zapalne. Gdyby chodziło o dalsze dowody, wskazać jeszcze możemy na jedną z najbardziej szczegółowych prac o tyfusie, na monografię Curschmana [53]), w której m. in. statystycznymi szczegółami znajduje się zestawienie blizko 600 przypadków śmierci chorych durowych. Nie ma wśród nich ani jednego z rozpoznaniem »meningitis typhosa«. Opracowując materyał tyfusowy [54]) z tutejszego mojego oddziału, zebrany w latach 1914 i 1915, nie znalazłem również ani jednego chorego z tyfusowem zapaleniem opon; co więcej, z tego rodzaju zapaleniem nie spotkałem się przez cały czas mojego pobytu w Sarajewie, jakkolwiek tyfus należy tutaj do rzędu bardzo pospolitych chorób zakaźnych. Dopiero z wiosną b. r. nadarzyła mi się po temu sposobność. Opis tego mojego spostrzeżenia wydaje mi się tembardziej uzasadnionym, że w polskiem piśmiennictwie nie spotkałem się dotąd z kliniczną pracą o ropieniu opon mózgowych pochodzenia durowego.

Esma M., 9-letnia córka kawiarza z Sarajewa, wyznania muzułmańskiego, przyjęta na oddział 20. marca 1917.

Wywiady: Z opowiadania rodziny wynika, że dziecko przebyło w pierwszej połowie lutego jakąś chorobę gorączkową, przebiegającą wśród uporczywych bolów głowy i obolałości całego ciała. Przypadłości żołądkowych miało nie być zupełnie. Po ustąpieniu gorączki nie wracała chora do sił, skarżyła się od czasu do czasu na bole głowy, nie miała apetytu. Znaczne pogorszenie wystąpiło przed kilkoma dniami (dokładnej daty nie można się było dowiedzieć). Pojawiła się wtedy znowu wysoka gorączka, poprzedzona dreszczem, a wraz z tem wystąpił wielki niepokój, silny ból głowy i karku, z towarzyszeniem powszechnej obolałości. Dziecko traciło chwilami przytomność, jęczało prawie bez przerwy, chwytało rękami za głowę, zgrzytało zębami. Od czasu do czasu zjawiało się zataczanie gałek ocznych ku górze. Wymiotów rzekomo nie było nigdy. Stolec zaparty. Oddawanie moczu prawidłowe. Parę razy zauważano mierne poty.

Stan obecny: Wątłe, źle odżywione, blade dziecko, o cierpiącym wyrazie twarzy, zapadniętych rysach, leży na prawym boku z nogami przykurczonemi w stawach biodrowych i kolanowych i z silnie zgiętym kręgosłupem. Od czasu do czasu słychać cichy stłumiony jęk. Przy ujmowaniu fałdów skóry, a nawet przy przesuwaniu ręką po skórze, ból. Podobnie sprawia chorej ból ucisk mięśni. Osutki na skórze niema. Głowa przy opukiwaniu bolesna. Kark zupełnie sztywny, mięśnie szyjne silnie napięte. Przy próbie poruszania głową dotkliwy ból. Źrenice równe, oddziałują należycie. Ruchomość gałek ocznych dobra. Nerw twarzowy bez zmian. Język suchawy, czerwony. Błona śluzowa gardła nieco obrzękła. Migdałki nie powiększone. Nieżytu nosa niema. Narząd oddechowy prawidłowy podobnież narząd krążenia. Brzuch zapadnięty, mięśnie brzuszne napięte. Śledziony ani wątroby obmacać nie można. W jelitach zbity kał. Odruchy kolanowe i stopowe po obu stronach równe, nieco wzmożone. Objawy Kerniga i Brudzińskiego bardzo wyraźne. Ciepłota ciała w dniu przyjęcia 39° C., liczba tętna 102. (Dalszy



przebieg ciepłoty zob. krzywą gorączki). Mocz nie zawiera białka, ani cukru, nie daje odczynu dwuazowego Ehrlicha. Ilość indykanu znaczna. Badanie krwi wykazało mierną leukocytozę, z ilością ciałek białych 15.400 w mm³. Stosunek ciałek białych: neutrochł. 78·6%, limfocytów 17·0%, przejść. i w. jednojądrz. 3·9%, tucznych 0·5%. Surowica krwi aglutynuje prątki durowe w rozcieńczeniu 1 : 400.

22/3. Nakłucie lędźwiowe. Płyn mózgowordzeniowy wypływa pod miernem parciem, jest nieco mętny, zawiera około 400 c. białych w mm³, z przewagą ciałek wielojądrzastych. W osadzie krótkie ruchome laseczniki. Dalsze badanie bakteryologiczne, wykonane w zakładzie patologicznym szpitala przez kierownika tegoż zakładu, Dra Prašeka, dostarczyło niezbitych dowodów, że prątki te są bakteryami tyfusowemi.

24/3. Od 2 dni nudności, zupełny brak łaknienia. Ciepłota od wczoraj niższa, typ zwalniający. Stolec stale zaparty, występuje tylko po wlewaniach. Od czasu do czasu utrata przytomności, majaczenia. Zresztą stan niezmieniony.

28/3. Leukocytoza utrzymuje się w pierwotnych granicach. Obliczenie stosunku ciałek białych wykazuje: c. neutrochłonnych 76·4%, limfocytów 21·6%, przejściowych i wielkich jednojądrzastych 2·0%. Prątków durowych w moczu, ani w kale nie znaleziono. Surowica krwi aglutynuje prątki Ebertha w rozcieńczeniu 1 : 800.

2/4. Od 5 dni co dzień wymioty. Stan podgorączkowy. Zamroczenie świadomości utrzymuje się. Fałd nosowopoliczkowy po stronie prawej mniej wyraźny, aniżeli po stronie lewej. Lewy kąt ust uniesiony nieco ku górze. W zakresie nerwów czaszkowych niema zresztą żadnych zmian. Sztywność karku niezmieniona. Powszechna przeczulica utrzymuje się w dalszym ciągu. Odruchy kolanowe równe po obu stronach. Odruchy stopowe po obu stronach wzmożone, po stronie prawej w stopniu wyższym, z zaznaczonym objawem stopowym.

3/4. Chora chwyta rękami za głowę, jęczy prawie stale, na zapytania nie odpowiada. Oddech przyspieszony, 38 na minutę, o bardzo wyraźnym typie Biota. Tętno 92. Kończyny, zwłaszcza dolne, sine. Bezwiedne oddawanie moczu i kału. Zachowanie się odruchów zmienne. Od czasu do czasu drgania kurczowe mięśni kończyn dolnych.

3/4. Powtórne nakłucie lędźwiowe. Parcie płynu małe, płyn bardzo mętny. Stan chorej bez zmiany. Ciepłota prawidłowa.

5/4. Czaszka i kręgosłup bardzo bolesne. Po stronie lewej wyraźny objaw Chwostka. Kurczowe drganie mięśni kończyn górnych i dolnych. Przykurczenie w stawach łokciowych, biodrowych i kolanowych. Bardzo wybitny objaw stopowy. Odruch kolanowy wywołać można tylko po stronie prawej. Oddech stale nieregularny, bądź o typie Biota, bądź Cheyne-Stokesa.

8/4. Ilość c. białych 9.000, stosunek odsetkowy prawie zupełnie taki sam, jak poprzednio. Chora bardzo apatyczna, nie przyjmuje zupełnie pokarmów. Odżywianie uskutecznia się przez odbytnicę. Bezwiedne oddawanie moczu i kału utrzymuje się. Wymioty ponawiają się kilka razy na dzień. Od wczoraj typowy tężec tylny.

12/4. Głowa przegięta silnie ku tyłowi, dotyka prawie grzbietu. Kręgosłup również bardzo wygięty. Chora zupełnie nieprzytomna. Płyn mózgowordzeniowy ropiasty.

13/4. Zejście śmiertelne.

Badanie pośmiertne (Prosektor Dr. Prašek). Opona twarda napięta, przekrwiona. Opony miękkie okazują ropny naciek. Bardzo obfite nagromadzenie ropy znajduje się zwłaszcza w obrębie płatów czołowych i na podstawie mózgu. Nadto dostrzedz można ogniska ropne w płatach bocznych, potylicznych i na obu półkulach móżdżku. W tych miejscach, gdzie niema nacieku ropnego, okazują opony miękkie przekrwienie znacznego stopnia i naciek surowiczy. W zatoce żylnej głównej znaczna ilość częścią skrzepłej, częścią płynnej krwi. Żyły oponowe szczelnie krwią wypełnione. Komórki mózgowe rozszerzone, o ścianach miejscami rozmiękłych, żółtawo zabarwionych, zawierają bardzo mętny, żółtawy płyn. W istocie mózgowej liczne ogniska wybroczynowe. Na rdzeniu przedłużonym nie ma nagromadzenia ropy. Płyn mózgowordzeniowy mętny, żółtawo zabarwiony, ropiasty.

W obu dolnych płatach płuc nieliczne ogniska zapalne. Mięsień sercowy zwyrodniały. Śledziona miernie obrzękła, miękka. Wątroba również nieco większa, rysunek zatarty. To samo odnosi się do nerek. W jelitach, w szczególności w jelicie cienkiem, niemą zupełnie owrzodzeń. Kępki Payera nie są obrzękłe. Błona śluzowa prawidłowo zabarwiona, nie okazuje nigdzie pigmentacyi. Obrzęku ani przekrwienia gruczołów krezkowych niema. W pęcherzu moczowym mierna ilość czystego, co do składu chemicznego niezmienionego moczu.

Z krwi, zebranej z żyły udowej i z miąższu śledziony, zaszczepionej na pożywkach, wyrosły posiewy laseczników duru brzusznego bez przymieszki jakichkolwiek innych bakteryi. Przy przeszczepieniach, wykonywanych w celu dokładnego określenia przynależności gatunkowej, można było przyrodę durową bakteryi zupełnie ściśle udowodnić. Wysokowartościowa surowica ochronna spowodowała aglutynacyę w rozcieńczeniach, leżących

na najwyższej granicy rozcieńczenia. Szczepienia żółci, treści jelit i miazgi z gruczołów krezkowych dały wyniki ujemne.

Ze streszczenia protokołu sekcyjnego wynika, że badania pośmiertne godzą się najzupełniej ze szczegółami, uzyskanymi przez badanie i spostrzeganie kliniczne. W pewnym kierunku zawiodły one jednak nasze oczekiwania, — o tyle mianowicie, że oględziny zwłok nie wykazały zmian, właściwych trwającemu, a przynajmniej przebytemu durowi brzusznemu. Na podstawie wywiadów trzeba było wnosić, że chora znajdowała się w chwili wybuchu zapalenia opon mózgowych w końcowym okresie jakiejś sprawy zapalnej. Po rozjaśnieniu przyrody zapalenia opon przez wykrycie prątków Ebertha w płynie mózgowordzeniowym można było zupełnie słusznie przypuszczać, że zapalenie to stoi w ścisłym związku z poprzednią chorobą, czyli innemi słowy uważać tę chorobę za tyfus brzuszny. Powołać się można było jeszcze i na tę okoliczność, że prawie bezpośrednio po przyjęciu chorej do szpitala wykazano w krwi, zebranej z żyły, obecność aglutynin durowych, co tem bardziej trzeba było brać w rachubę, skoro mieliśmy przed sobą źle rozwinięte, nędznie odżywione dziecko. U tego rodzaju osób spostrzega się zazwyczaj spóźnione wytwarzanie ciał ochronnych. Wobec tego, że ciała te znajdowały się w krwi, wydawać się musiało bardzo prawdopodobnem, że ustrój już poprzednio miał sposobność, aby je wytworzyć.

Ażeby cały przebieg choroby należycie ocenić, trzeba przyjąć wobec wyniku sekcyi dwie alternatywy.

Punktem wyjścia dla pierwszej z nich jest ta okoliczność, że mieliśmy przed sobą nie osobę dorosłą, a przynajmniej dorastającą, lecz dziecko 9-letnie. U dzieci odbiega tyfus bardzo często od zwykłego typu. U nich właśnie spotkać się można w klinice z postaciami poronnemi, a na stole sekcyjnym ze zmianami, nie odtwarzającemi zupełnie obrazu zmian, spotykanych w zwłokach osób dorosłych. W jelitach może zupełnie brakować owrzodzeń, a nawet obrzęku kępek Payera. Cała sprawa ogranicza się do przekrwienia błony śluzowej. — Otóż przypuścićby można, że w naszym przypadku właśnie z tego rodzaju durem brzusznym mieliśmy do czynienia. Brak wszelkich zmian w jelitach wytłómaczyćby było nie trudno, jeśli się uwzględni, że od początku choroby w połowie lutego, do zejścia śmiertelnego, względnie do sekcyi w połowie kwietnia upłynęły dwa miesiące, a więc okres czasu dość długi, aby przypuszczalne nieznaczne zmiany w jelitach zupełnie mogły się zatrzeć.

A teraz druga alternatywa, która może nawet więcej mogłaby przemawiać do przekonania.

Cały tok choroby był tu tego rodzaju, że zupełnie słusznie rozdzielić ją można na dwa okresy. Okres pierwszy przypada na czas od połowy lutego do połowy marca, a okres drugi rozpoczyna się w połowie marca, a kończy się zejściem śmiertelnem. Z okresu pierwszego posiadamy tylko bardzo niedokładne wiadomości o objawach, towarzyszących chorobie. Na podniesienie zasługuje wszakże ten szczegół, że przez cały ten czas trwały uporczywe bole głowy i powszechna obolałość ciała. W niepowikłanym durze brzusznym nie spotykamy się z tego rodzaju trwałością. Toteż zupełnie mimowoli nasuwać się musi podejrzenie, że bole te były jednym z objawów podrażnienia opon mózgowych, a w dalszym ciągu, że już wtedy istniało zapalenie opon, zapewne nie ropne, lecz zwykłe surowicze. O tego rodzaju zapaleniach, wznieconych przez prątki durowe, wspominaliśmy na wstępie. Jest rzeczą możliwą, że zapalenie opon było jedynym miejscowym przejawem zakażenia tyfusowego. W chwili, kiedy sprawa zaczynała się przełamywać i chylić ku poprawie, uległo dziecko przez silne wzruszenie nerwowe nowemu urazowi. Następstwem urazu mogło być bardzo łatwo rozdmuchanie przygasającej już sprawy zapalnej w oponach. Przemiany zapalenia nieropnego w ropne pojąć nie trudno, jeśli uwzględnimy poprzednie schorzenie opon. Zwłaszcza z badań Dmochowskiego i Janowskiego dowiedzieliśmy się, że bakterye tyfusowe prawie wyłącznie tylko wtedy wzniecać mogą ropienia, kiedy zakażają uszkodzone, nieodporne tkanki. Zresztą już w czasie pobytu chorej na oddziale śledzić można było stopniowe wzmaganie się nasilenia sprawy zapalnej. Płyn mózgowordzeniowy, wydobywający się przy pierwszem nakłuciu lędźwiowem, był nieco tylko mętny, zawierał około 400 ciałek białych w milimetrze sześciennym. Przy drugiem nakłuciu uzyskano płyn znacznie mętniejszy, przy trzeciem już wprost ropiasty.

Jeżeli w myśl powyższych uwag wykluczymy u naszej chorej postać brzuszną duru, to mielibyśmy przed sobą w najczystszej formie obraz choroby, noszącej miano »meningotyphus«. Przemawia za tem także i ta okoliczność, że ani z żółci, ani z treści jelitowej, ani z miazgi gruczołów krezkowych nie powiodło się uzyskać hodowli prątków Ebertha, jakkolwiek posiewy ich wzrastały dość obficie po zaszczepieniu sztucznych pożywek krwią żylną i miazgą ze śledziony. Szczegóły te godzi się podnieść nawet z pewnym naciskiem.

Piśmiennictwo. 1) Strümpell. Lehrb. des spez. Pathol. u. Therap. B. I. 2) Eichhorst. Handb. der spez. Pathol. u. Therap. B. IV. 3) Curschmann. Unterleibstyphus I. Aufl. 1913. 4) Schottmüller, Mohr u. Staehelin. Handb. der inner. Medizin B. I. 5) Wolff. Deutsches Archiv. f. klin. Med. B. 43. 6) Jurgens, Kraus u. Brugsch: Spez. Pathol. u. Therapie inner. Krankh. B. II. 7) A. Krokiewicz. Przegląd lek. 1907. 8) Biegański-Wilczyński, Jaworski: Nauka o chor. wewn. T. I. 9) Schultze. Verhandl. des Kongr. f. inner. Mediz. Wiesbaden 1887. 10) Osaki Ref. Kongr. Zentrblt. B. I. S. 364. 11) Bouchut zob. Stäubli. Deutsch. Arch. f. kl. Med. B. 82. 12) Scholtze. Nothnagels spez. Path. u. Ther. B. 9, 3. 13) Dupré zob. Stäubli l. c. 14) Baumgarten. Jahresber 1887—1900. 15) E. Fränkel. Deutsche med. Woch. 1887. 16) T. Dunin. Deutsches Arch. f. kl. Med. B. 29. 17) Klemm. Arch. f. klin. Chir. B. 46. 18) Orlow. Deutsche med. Woch. 1890. 19) Gasser zob. Kutscher Handb. der pathogenen Mikroorganismen von Kolle u. Wassermann. II. Aufl. III. B. 20) Neumann u. Schäfer. Virchows Arch. B. 109. 21) Ullmann zob. Kutscher l. c. 22) Dmochowski i Janowski. Pam. Tow. lek. warsz. 1894. 23) Freyhan. Deutsche med. Woch. 1888. 24) Adenot zob. Kühnau. 25) Hintze. Zentrblt. f. Bakter. B. 14, 1894. 26) Vincent. Schmidts med. Jahrb. B. 237, 1893. 27) Tietin zob. Schultze l. c. 28) Stühlen. Berl. klin. Woch. 1894. 29) Ralp zob. Kühnau l. c. 30) Doddi. Ibidem. 31) Kühnau. Berl. klin. Woch. 1896. 32) Kamen. Zentrblt. f. Bakter. B. 21, 1897. 33) Ohlmacher zob. Stäubli l. c. 34) Boden. Münch. med. Woch. 1899. 35) Hugot. Schmidts med. Jahrb. B. 274, 1902. 36) Denizetti zob. Stäubli l. c. 37) Chinstock. Ibidem. 38) Stäubli. Deutsches Arch. f. kl. Med. B. 82, 1905. 39) Stühmer. Münch. med. Woch. 1911. 40) David i Speik. Ref. Deutsche med. Woch. 1911. 41) Lyall. Kongr. Zentrblt. VI. 42) O' Coroll i F. C. Purser. Kongr. Zentrblt. II. 43) Schottmüller l. c. 44) G. Umech. Med. Klinik 1916 45) Rocco-Jemma. Münch. med. Woch. 1898. 46) Lewkowicz. Jahrb. f. Kinderh. 1901. 47) Guinon zob. Silberberg l. c. 48) Schütze. Ibidem. 49) Silberberg. Berlin. klin. Woch. 1908. 50) David i Speik. Deutsche med. Woch. 1911. 51) Schottmüller l. c. 52) J. Löw. Wiener klin. Woch. 1915. 53) Curschmann l. c. 54) L. R. v. Korczyński. Wiener klin. Woch. 1917.

Z oddziału dla chorób nerwowych c. k. rezerwowego szpitala Nr 1 we Lwowie.

O zaburzeniach pęcherzowych u żołnierzy.

Podał

st. lekarz **Dr Jakób Rothfeld**

asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lw., obecnie kierownik oddziału.

Liczne przypadki zaburzeń ze strony pęcherza moczowego u żołnierzy zwróciły na siebie uwagę neurologów i urologów. Już z początkiem wojny zauważono, że najczęstszą przyczyną tych zaburzeń jest działanie zimna (Ehret[1]), Stiefler i Volk[2]), Böhme[3],) Lipschütz[4]), Schwarz[5]), Blum[6]), co też późniejsze prace potwierdziły (Sauer[7],) Schwoner[8]), Ullmann[9]), Fuchs i Gros[10]), Juliusberg i Stetter[11]), Munk[12]), Werler[13]). Zaburzenia powstałe na tle przeziębień występują nietylko u ludzi, którzy w dzieciństwie lub we wczesnej młodości cierpieli na mimowolne nocne moczenie, ale i osób przedtem zupełnie zdrowych. Obok zimna stanowią urazy i choroby zakaźne ważny czynnik etyologiczny. Najczęstszym objawem zaburzonej czynności pęcherza skutkiem zimna jest częste oddawanie moczu, do czego przyłącza się później bezwiedne oddawanie moczu we dnie lub w nocy.

Badania autorów co do budowy ciała wykazały, że u ludzi, którzy od dzieciństwa cierpią na nocne moczenie, spotyka się szereg znamion degeneracyjnych, z których za najważniejsze uważane jest rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida occulta) w części lędźwiowej lub kości krzyżowej (Fuchs); w pewnych przypadkach znajdujemy znowu zmiany w budowie czaszki (Ullmann). Badania zmian miejscowych w pęcherzu moczowym potwierdziły

spostrzeżenia przedwojenne (Trembur [14]), Scharnke [15]), że często stwierdza się przerost beleczkowaty wypieracza (Blum [16]), Ullmann, Fuchs, Juliusberg i Stetter).

Próby wyjaśnienia patogenezy tych zaburzeń pęcherzowych nie przyniosły zadowalniającego wyniku, gdyż nie przekroczyły granic hypotezy. Nie przytaczam tu zapatrywań poszczególnych autorów; do tematu tego powrócę w pracy późniejszej, po ukończeniu własnych badań w tym kierunku. Obecnie chcę się ograniczyć do ogłoszenia spostrzeżeń klinicznych, zebranych na 260 przypadkach, które od października 1916 do kwietnia 1917 badałem na moim oddziale. Przypadki schorzeń miejscowych pęcherza (zapalenie pęcherza, sterczu, zmiany powiewiórowe i t. d.), jakoteż zaburzenia pęcherzowe w przebiegu przewlekłych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (wiąd rdzenia, rozsiane stwardnienia rdzenia i mózgu), nie są objęte naszym materyałem, który dotyczy tylko zaburzeń czynnościowych bez znanego tła anatomicznego, zaburzeń, nabytych wskutek przeziębień, po chorobach zakaźnych lub po urazach, jakoteż zaburzeń wrodzonych (enuresis nocturna essentialis).

Wobec znacznego napływu chorych z zaburzeniami pęcherzowemi nasunęło się pytanie, jak często i w jakim stosunku do schorzeń wewnętrznych, chirurgicznych i wenerycznych pojawiają się t. zw. »moczący«. Na 42176 chorych w szpitalach lwowskich znajdowało się 534 chorych z osłabieniem pęcherza, t. j. 1·2%. Na pojedyncze miesiące przypadało: 59 chorych na listopad, 103 na grudzień, 140 na styczeń, 105 na luty, 63 na marzec i 54 na kwiecień, najwięcej więc w najzimniejszym miesiącu. Na 260 było 90 chorych, którzy już w dzieciństwie lub wczesnej młodości cierpieli na mimowolne moczenie w nocy, a u których teraz wystąpił nawrót choroby z powodu powyżej wspomnianych wpływów szkodliwych, 170 chorych nabyło choroby jako dorośli i to 98 z powodu przeziębienia, 41 z powodu urazu, 13 w następstwie chorób zakaźnych, w 18 przypadkach nie można było stwierdzić przyczyny choroby, — najczęściej podawali chorzy jako powód wyczerpanie fizyczne. Wszystkie spostrzegane przypadki dotyczyły szeregowców, u oficerów nie widziałem ani jednego przypadku.

Zarówno w świeżo nabytych zaburzeniach, jakoteż w przypadkach nawrotu moczenia mimowolnego, powstałego w dzieciństwie, są objawy tesame, tak że przy omawianiu zaburzeń pęcherzowych, powstałych pod wpływem przeziębień, omówimy przypadki nabyte i wrodzone razem.

Jako pierwszy objaw występuje wzmożone parcie na mocz, tak że chory oddaje mocz po 20—30 razy na dobę. W przypadkach lżejszych to wzmożone parcie nie sprawia chorym zbytnich dolegliwości, tak że często na nie uwagi nie zwracają. W tym okresie skarży się chory na bole w okolicy pęcherza lub ponad pachwinami; bole utrzymują się stale i nasilają się w chwili, kiedy chory dostaje parcia na mocz. Do tych objawów przyłącza się niepokonalne parcie na mocz i fałszywa niemożność utrzymania moczu (przy prawidłowem zamknięciu zwieracza pęcherza). W chwili kiedy się zjawia parcie na mocz, musi chory natychmiast pęcherz opróżnić, gdyż inaczej mocz nagle się wylewa. Aby uniknąć nagłego zmoczenia się, muszą chorzy zwyczajnie zacisnąć cewkę moczową. Przy dowolnem moczeniu mocz odchodzi silnym, nieprzerwanym strumieniem. W nocy budzą się zwyczajnie chorzy pod wpływem parcia, zanim jednak zdołają wstać, mocz się nagle wylewa; w głębokim śnie oddają mocz bezwiednie do łóżka. Kilku moich chorych podwiązywało sobie na noc prącie, aby nie zmoczyć łóżka; inny chory zakładał sobie na noc pęcherz świński, do którego w nocy mocz odpływał.

W niektórych przypadkach występuje przed okresem fałszywej niemożności utrzymania moczu stan, polegający na tem, że w chwili zjawienia się parcia na mocz uchodzi mała ilość moczu naraz, albo kroplami. Objaw ten polega na tem, że zwieracz pęcherza niezupełnie się rozwiera i przepuszcza tylko małą ilość moczu, która odchodzi kroplami; możnaby ten stan określić jako częściową niemożność utrzymania moczu (incontinentia falsa partialis) w przeciwstawieniu do powyżej opisanego stanu, w którym nagle odpływa cała zawartość pęcherza. Podnoszę ten objaw z tego powodu, ponieważ chorzy tacy często podają, że mocz ścieka kroplami, dokładne zbadanie wykazuje jednak, że nie chodzi o bezwiedne ściekanie moczu, tylko o fałszywą niemożność zatrzymania moczu.

W całym szeregu przypadków sprawa chorobowa ogranicza się do częstego moczenia (pollakisuryi) i do fałszywej niemożności zatrzymania moczu, w innych jednak sprawa postępuje dalej; chorzy tracą prawidłowe uczucie parcia na mocz, a porzebę opróżnienia pęcherza sygnalizuje dziwne, przedtem choremu nieznane uczucie w okolicy pęcherza moczowego, jak kłucie, ucisk, pieczenie lub kurczowe bole w pęcherzu. Chorzy tacy podają, że po tem uczuciu poznają, iż skoro natychmiast nie opróżnią dowolnie pęcherza, to moczu dłużej utrzymać nie będą mogli. Po opróżnieniu pęcherza uczucie to znika, a wraca, gdy się pęcherz znowu wypełni. Chory czuje w cewce moczowej przepływający mocz nawet wtedy, kiedy mocz odchodzi nagle, bezpośrednio po zjawieniu się owego zmienionego uczucia parcia na mocz. Przy dowolnem oddawaniu moczu mocz odchodzi słabszym strumieniem, aniżeli w okresie poprzednim. Tacy chorzy rzadziej się budzą w nocy pod wpływem parcia na mocz, tak że w tym okresie mimowolne moczenie nocne jest częstsze, aniżeli w okresie fałszywej niemożności utrzymania moczu przy prawidłowem uczuciu parcia na mocz. Jeżeli sprawa chorobowa dalej postępuje, to zdarza się, że przy utrzymanem, aczkolwiek zmienionem uczuciu parcia na mocz nagle pewna część moczu bezwiednie odchodzi, co chory zauważa dopiero po wilgoci bielizny. Okres ten stanowi często przejście do dalszego stanu, dla którego cechujące jest bezwiedne ściekanie moczu kroplami i utrata uczucia parcia na mocz. Ściekanie moczu kroplami występuje przy mniej lub więcej wypełnionym pęcherzu; nigdy nie widziałem tego objawu po wypróżnieniu pęcherza.

Ten powolny rozwój sprawy chorobowej, spostrzegany i przez innych autorów (Stiefler i Volk, Lipschütz i i.,), spotyka się w większości przypadków. W całym szeregu innych przypadków widziałem ostry początek choroby pod wpływem zadziałania zimna; chorzy nagle tracą uczucie parcia na mocz, który odchodzi kroplami. Niektórzy chorzy podawali, że podczas gdy długo stali w wodzie, nagle pęcherz się opróżnił, co zauważyli po przemoczonej bieliźnie; inni spostrzegli to dopiero, kiedy powrócili z posterunku, u innych w końcu wystąpiło w pierwszej nocy po przeziębieniu mimowolne moczenie. U jednego chorego wystąpiły nagle objawy niemożności zatrzymania moczu po dwugodzinnem leżeniu w śniegu na brzuchu. Ten ostry początek choroby, to nagłe zjawienie się ciężkich objawów chorobowych zdarza się zarówno u ludzi, którzy przedtem byli zdrowi, jak i przy nawrotach choroby u tych, którzy w dzieciństwie cierpieli na nocne moczenie.

Z rzadszych objawów w początkach choroby należy wspomnieć o zatrzymaniu moczu z następową niemożnością utrzymania moczu (dwa przypadki własnej obserwacyi).

W materyale przez nas spostrzeganym spotykaliśmy najczęściej wzmożone parcie na mocz, połączone z fałszywą niemożnością utrzymania moczu (pollakisuria cum incontinentia falsa). Czysta pollakisurya jest rzadka.

Dla stwierdzenia, czy z pollakisuryą łączy się także moczenie obfitsze (polyuria), mierzono u każdego chorego mocz w ciągu 24 godzin i zapisywano, ile razy chory w ciągu doby oddawał mocz. W 35% przypadków było moczenie częste połączone z moczeniem obfitem (powyżej 1500 cm^3), w 43% było moczenie częste bez zwiększenia się ilości moczu, a w 23% były stosunki prawidłowe. Obfite moczenie nie jest zatem stałym objawem przy moczeniu częstem.

Na ważny objaw zwróciły moją uwagę opowiadania chorych, a mianowicie na obniżenie zdolności płciowej w czasie zaburzeń pęcherzowych, o których wyżej była mowa. Dokładne wywiady w tym kierunku wykazały, że chorzy tacy nie mogą wykonać aktu płciowego, a nierzadko zdarza się równocześnie zanik chuci. W 34·1% przypadków zaburzeń pęcherzowych, na tle przeziębień powstałych, a w 14·4% przypadków wrodzonych podali chorzy zupełną utratę zdolności płciowej. Należy zauważyć, że znaczna część żołnierzy, stojących na pozycyi, cierpi na pewną psychiczną impotencyę, która znika, kiedy chory na pewien czas z frontu odchodzi. Z tego powodu zapatrywałem się początkowo na opowiadania chorych bardzo krytycznie i zapisywałem je z pewnem zastrzeżeniem. Fakt jednak, że chorzy sami skargi w tym kierunku podnosili, dalej że opowiadania ich były zupełnie zgodne, a mianowicie, że zaburzenia płciowe występowały równocześnie z zaburzeniami pęcherzowemi i wraz z niemi się cofały, dalej fakty, przytaczane przez chorych żonatych, którzy w ciągu choroby w czasie urlopów nie byli zdolni do wykonania aktu płciowego, to wszystko utwierdziło mnie w przekonaniu, że zaburzenia zdolności płciowej u naszych chorych pozostają w związku z zaburzeniami pęcherzowemi.

Co się tyczy przebiegu zaburzeń pęcherzowych na tle przeziębień, to objawy znikają, ogólnie biorąc, w odwrotnym porządku, aniżeli wystąpiły; i tak znika najpierw ściekanie moczu kroplami, zwolna wraca uczucie parcia na mocz, przyczem istnieje jeszcze t. zw. fałszywa niemożność zatrzymania moczu i nocne mimowolne moczenie, a po ustąpieniu tych objawów jeszcze pozostaje zwykle częstsze moczenie.

Rokowanie jest w tych przypadkach lepsze, aniżeli w nawrotach wrodzonego moczenia nocnego. W tych przypadkach nawrotów objawy ustępują zwyczajnie w lecie, w zimie sprawa się znowu pogarsza. Nawet w ciągu jednej zimy bywają wahania w nasileniu objawów chorobowych, zależnie od tego, czy chory przebywa w ciepłem mieszkaniu, czy też na wolnem powietrzu. I tak n. p. wystarcza 2—3 godzinna praca na zimnie, aby wywołać wzmożone parcie na mocz z fałszywą niemożnością zatrzymania, a nawet ściękanie moczu kroplami. Jeżeli chory taki wraca do ciepłego mieszkania, to objawy szybko ustępują, ale przy najbliższem zadziałaniu zimna znowu występują. Mogliśmy często stwierdzić poprawę u takich chorych po zastosowaniu ciepłych okładów na okolicę pęcherza i przez trzymanie chorego w łóżku.

(Dokończenie nastąpi).

Z zakładu ortopedycznego „Mariastern" w c. i k. szpitalu zapasowym w Banjaluce. (Komendant szpitala: st. lekarz sztab. **Dr Weitgruber**).

Proteza robocza, czy szczudło.

Podał

Dr Bolesław Żmigród

kierownik zakładu, c. k. starszy lekarz posp. rusz.

Ustawiczne naprawy protez roboczych dla kończyny dolnej, które zrobiono czy to w naszym zakładzie, czy w innych pracowniach protez w monarchii, nasuwają myśl, iż należy się postarać o taką protezę, którąby amputowany mógł się posługiwać przez czas dłuższy, nie potrzebując poprawek.

Noszący protezy są w przeważającej liczbie ludźmi z ludu, protezy otrzymują bezpłatnie od państwa, posiadają mało zmysłu dla konserwacyi protezy i trzymania jej w porządku, a w końcu poprawki nie obciążają na razie ich kieszeni.

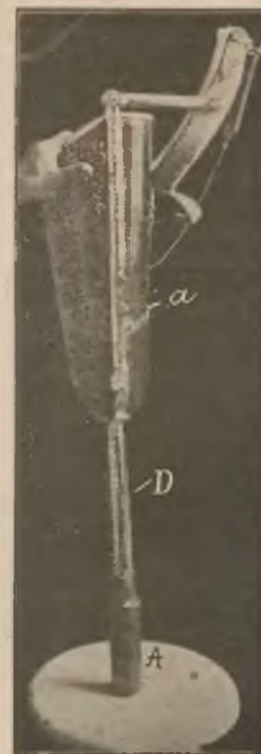
Zestawiona poniżej tabelka poprawek protez roboczych dla uda, które wykonano w naszym zakładzie, wykazuje, że protezy prawie wszystkich pracowni w monarchii po krótszym lub dłuższym czasie się psują.

Liczba poprawek na jednej protezie	Pochodzenie protezy							
	Banjaluka	Wiedeń Res. Sp Nr 11	Budapeszt	Praga	Berno mor.	Opawa	Leitmeritz	Nieznane
1	14	4	9	—	2	1	1	6
2	9	3	5	1	—	—	—	4
3	2	2	2	—	—	—	—	1
4	4	1	1	—	—	—	—	1
5—6	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	1	—	—	—

Przyczyną jest najczęściej sam noszący protezę, który swej protezie nie poświęca tyle uwagi, ile ona jej wymaga. Ustawiczne poprawki protez są dla każdego zakładu krzyżem, — wymagają nadto osobnej pracowni, w której wyszkoleni mechanicy nie mogą się niczem innem zajmować, jak tylko poprawkami. W zakładach wielkich, gdzie dużo jest robotników, nie dają się te poprawki tak we znaki, jak w małych, gdzię każda siła dla fabrykacyi nowych protez podwójnie jest cenna. Najwięcej popraw wymagają t. zw. protezy robocze (»Arbeitsprothese«). Nazwa ta nie jest w zupełności dokładna. Nazwa ta uzyskała prawo obywatelstwa dla protezy, — a mamy tu na myśli protezę kończyny dolnej, — składającej się z dwóch szyn udowych normalizowanego stawu kolanowego, dwóch szyn goleniowych i strzemionka stopowego lub stopy drewnianej, prócz szyny biodrowej ze stawem. Spitzy nazywał ją początkowo »tymczasową protezą skórzaną« (»Lederimmediatprothese«) dla odróżnienia od tymczasowej protezy gipsowej, nazwa obecnie niesłuszna, gdyż ta tymczasowa proteza stała się z czasem protezą ostateczną, stałą. Amputowani posługują się nią w życiu codziennem, przy



Ryc. I.



Ryc. II.

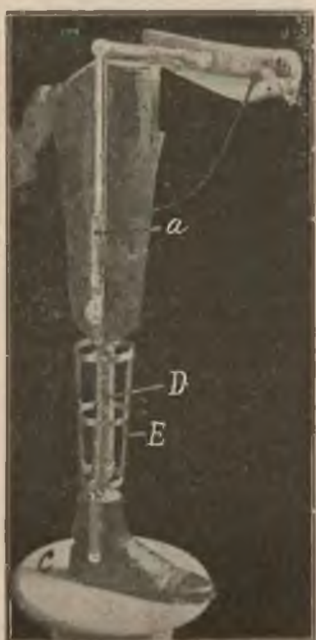
swych zajęciach zawodowych, przy robocie, stąd nazwa proteza robocza; proteza kosmetyczna zaś, o ile taką wogóle otrzymują, jest protezą odświętną i dla mieszkańców miast. Pozostaniemy jednak przy tej nazwie »proteza robocza«, jakkolwiek i szczudło, którego budowa jest inna, jest także w ścisłem słowa znaczeniu protezą roboczą, — by tylko zaznaczyć różnicę między protezą dwuszynową a cylindryczną.

Protezą, która nam ma oszczędzić nieprzyjemności ustawicznych poprawek, jest szczudło, — znane od tak dawna, od jak dawna istnieją amputowani, — jednakże zmodernizowane, wyposażone we wszelkie zdobycze usilnej pracy ostatnich lat w tym kierunku.

Szczudło to (patrz ryciny I—IV) składa się: ze skórzanej części udowej, od wewnątrz odpowiednio wyścielanej, zaopatrzonej dwiema szynami udowemi, z szyną biodrową w górnej części, z dźwignią dla zamknięcia stawu kolanowego w położeniu wyprostowanem (a) w dolnej części szyny i z kolana toczonego z drzewa, dla lekko wewnątrz wydrążonego, przewierconego w osi stawu kolanowego. Kolano to objęte jest w dolnej części przez metalowe strzemię, które w osi kolana połączone jest zapomocą śrub szarnirowych z szynami udowemi i z osią kolana. Te części składowe są stosownie do rozporządzeń ministeryalnych normalizowane. Na zewnętrznej części strzemienia znajduje się rozporek, w który wchodzi nos dźwigni dla zamknięcia stawu kolanowego. Do bliższego opisu wrócimy jeszcze. Strzemię kończy się na dolnej części wydrążoną nasadką cylindryczną, około 6 cm. długości, a $4^1/_2$ cm. średnicy. W nasadkę tę wsuwa się cylinder drewniany, właściwe szczudło, i przymocowuje dwiema śrubami.

Dalszy krok w rozwoju szczudła stanowi możność umieszczania różnych części dodatkowych na stopowym końcu protezy, a mianowicie stosownie do protezy i stosunków terenu: 1) cylindra drewnianego (A) opatrzonego przy końcu poduszką gumową — (obecnie jest ona tylko pobożnem życzeniem ze względu na brak gumy) — lub skórzaną, na wsi o wiele praktyczniejszą, mającą za cel uchronienie szczudła od ślizgania się, 2) płytki metalowej w postaci małej stopki (B) opatrzonej podeszewką i obcasikiem z drzewa, długości 14 cm, i 3) kompletnie wyposażonej stopy kosmetycznej (C) z osią w stawie stopowym i dwiema sprężynami w stawie stopowym i jedną w stawach palcowych.

Pierwsza nasadka (A) jest nasadką szczudła dawnego, nią były też wyposażone nasze pierwsze szczudła. Amputowani, wracający z urlopu, skarżyli się, że ta nasadka cylindryczna tonie przy oraniu w rozmiękłej ziemi, z mozołem trzeba szczudło z ziemi wyciągać i przez to praca nadzwyczaj się utrudnia. Słuszna ta uwaga skłoniła mnie do umieszczenia drugiej nasadki (B) ze stopą miniaturową, która przy robotach polnych nawet podczas słoty dobre oddaje usługi. Trzecia nasadka (C) umożliwia przez obecność kosmetycznej stopy obucie trzewików i chodzenie w nich.



Rys. III.



Rys. IV.

Umieszczenie tych nasadek wymagało, aby dolną część opisanego strzemionka kolanowego spoić drogą autogeniczną w miejsce krótkiego walca drewnianego odpowiednią około 25 cm. długą rurą stalową (D), o dwucentymetrowej grubości ściany, a 35 mm. średnicy zewnętrznej. Wolny dolny koniec tej rury stalowej zaopatrzony jest w cztery 6 cm. długie rozporki, by przy nasadzaniu podanych nasadek otrzymać elastyczne odsuwanie się ścian rury i by rury nasadek łatwo wchodziły. Dla przymocowania nasadek znajduje się na rurze zewnętrznej w dolnej części pierścień napinający z $^3/_8$ ⊓ śrubą napinającą. Przymocowanie następuje przez ściągnięcie śruby napinającej zapomocą klucza śrubowego, który każdy amputowany otrzymuje wraz ze szczudłem. Z pomocą tego urządzenia umożliwia się przedłużenie lub skrócenie goleni przynajmniej o 5 cm., co ma wielkie znacznie w terenie górzystym.

Dla zamaskowania konturów goleni przy nasadzeniu stopy kosmetycznej służy manszeta kratkowata (E), którą robimy z cienkiego żelaza taśmowego lub z blachy stalowej, w postaci stożkowatej. Manszetę tę nasuwa się na rurę zewnętrzną, a przymocowuje się w górnej części zapomocą śrubki. Jest ona nie o wiele cięższa, a nieporównanie trwalsza i silniejsza od manszety goleniowej z wikliny, tektury, drzewa lub masy papierowej, która po dość krótkim czasie, szczególniej po zetknięciu się z wodą, niszczeje.

Łatwą też jest rzeczą nadać temu szczudłu postać protezy kosmetycznej, jeśli się jego części składowe wypoleruje i wynikluje. Daje się tylko w miejsce opisanej manszety metalowej skórzaną, odpowiednio wałkowaną sztuczną goleń. Na górnym i dolnym końcu tej sztucznej goleni umieszcza się pierścienie z wiązaniami i wsuwa się je, podobnie jak metalową manszetę, na rurę zewnętrzną.

Zamknięcie kolana (a), które wykombinował mechanik zakładowy Dudaś, jest umieszczoną na zewnętrznej stronie kolana dźwignią, której ramię krótsze wchodzi w rozporek, drugie zaś ramię, prawie podwójnej długości, jest za pomocą płaskiej sprężyny utrzymywane zdala od kolana, tak że nos krótszego ramienia tkwi mocno w rozporku zamku. Przez naciskanie palcem na dłuższe ramię dźwigni zbliża się ono do kolana, równocześnie wychodzi nos z rozporka zamku, a przez to kolano się oswobadza i może się swobodnie zginać. Gdy amputowany wstaje, wpada nos automatycznie w rozporek. Nos ten znajduje się dokładnie w osi stawu kolanowego.

Można jednakże umocować każdy inny dowolny rodzaj zamknięcia, także odejmowalną sprężyną, podobnie jak w protezie roboczej wiedeńskiej, lub też zasuwkę według systemu budapeszteńskiego.

Szczudło drewniane robimy z drzewa lipowego. Jego dobrą stroną jest to, że jeżeli się złamie, to amputowany może je sobie sam poprawić, nadto można nasadzić nasadki na cylinder drewniany, jeśli jest odpowiednio przyciosany. Jeśli zaś zamiast cylindra drewnianego jest rura stalowa, to jest ona tak silna i odporna, że może po niej nawet wóz przejechać bez pozostawienia śladu. Przytem, jak zaznaczyłem, proteza ta nie jest cięższa od każdej innej protezy roboczej.

Dotychczas obdzielono temi szczudłami 40 amputowanych; rozprószeni są oni po całej Bośni i Hercegowinie, uprawiają pola, robią dalekie marsze po ogólnie znanym ciężkim, górzystym terenie i dotychczas, po sześciu miesiącach, nie zgłosił się ani jeden o poprawkę do zakładu.

Nie należy niedoceniać wartości protezy kosmetycznej Ratha, ogłoszonej w »Technik für die Kriegsinwalide« zeszyt 3. (Kwiecień 1916), która podobnie, jak i proteza opisana przez Rosenberga (Norymberga), jest szczudłem, sądzę jednakże, że opisane szczudło z powodu swojej prostej i silnej budowy, następnie z powodu tego, iż amputowany może je sam poprawić, i to łatwo, jest o wiele praktyczniejsze i odpowiedniejsze dla ludności wiejskiej, niż dwuszynowa proteza robocza.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 6 lutego 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Obecnych 38.

Prezes wita obecnych na sali gości, członków Towarzystwa technicznego krakowskiego.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia przyjęto jednomyślnie do Towarzystwa kolegów Dra Jana Nelkena, prymaryusza zakładu dla nerwowo i umysłowo chorych w Kobierzynie i Dra Władysława Stryjeńskiego, lekarza tegoż zakładu.

II. Kol. Dr. Leonard Bier wygłosił wykład p. t.: **Pod jakimi warunkami wodociąg bielański odpowiadać będzie wymaganiom hygieny?**

Prelegent miał sposobność z urzędu zajmować się sprawą wodociągu bielańskiego i wymaganą przez władze opinię oparł na materyale, zawartym w aktach miejskiego zakładu wodociągowego, sprawozdaniach rocznych tegoż zarządu, rozbiorach dokonywanych od szeregu lat w miejskich pracowniach chemicznej i bakteryologicznej, oraz dziennych raportach zakładu pompowego, o ile zaś wyniki badań pracowni miejskich wymagały bądź uzupełnienia, bądź sprawdzenia niektórych faktów, bądź też były potrzebne do wyjaśnienia nasuwających się pytań — uzupełnił je badaniami, dokonanemi w państwowym Zakładzie do badania żywności.

Na podstawie tego materyału stwierdził prelegent, że obecna woda wodociągowa bielańska nie jest wodą gruntową we właściwem tego słowa znaczeniu, choć czerpie się ją z gruntu — lecz conajmniej w $^2/_3$ częściach, a nawet nieraz w 100% — wodą wiślaną. Dowodów na to dostarczało mu zachowanie się ciepłoty wody bielańskiej, mieszanej ze starego i nowego ujęcia studziennego, mierzonej w studni zbiorczej oraz skład chemiczny wody. Odmiennie od zachowania się ciepłoty wgłębnej wody gruntowej, zachowującej w ciągu roku ciepłotę przeciętną roczną powietrza danej okolicy, z wahaniami rocznemi około 1,5° C, — woda wodociągowa bielańska przedstawia wahania roczne około 15° C, jest bardzo zimna w zimie i na wiosnę, gdy Wisła w następstwie przypływu wód śniegowych wzbiera, zaś ciepła w lecie, zwłaszcza po obfitych ciepłych deszczach. Wahania ciepłoty w wodzie bielańskiej idą nieraz zupełnie równolegle z wyższym

stanem wody na Wiśle, objawiając się już w ciągu tej samej doby, co przybór wody na rzece. Różnice w składzie chemicznym wody wiślanej i wodociągowej bielańskiej co do chloru są minimalne, znaczniejsze co do pozostałości suchej i twardości, co tłómaczyć należy rozpuszczającem działaniem wody na składniki mineralne gruntu. Zresztą i skład wody wiślanej bardzo znacznym podlega wahaniom. — Wodę wodociągową bielańską można nazwać jedynie »sztuczną wodą gruntową« i użyciu jej do celów wodociągowych ze stanowiska higieny nie stałoby nic na przeszkodzie, gdyby woda ta, o ile czerpią ją studnie z Wisły, była należycie filtrowana. Tak jednak nie jest, bo woda bielańska zawierała w ciągu ostatnich kilku lat niejednokrotnie w dniach badania ilość bakteryi w 1 cm^3 znacznie większą od 100, ilości, przyjętej za granicę dobrej filtracyi, nadto zaś spotkano w niektórych studniach oraz w próbach wody, pobieranych z kranów miejskich, wielokrotnie prątka okrężnicy, bakteryę, uznaną w nauce jako wskaźnik możliwego zakażenia wody wodociągowej. Bakterye te dostawać się mogą do wody bielańskiej tylko z Wisły, która n. p. b. kałowe stale zawiera.

Rozpatrując przyczyny, które umożliwiają dostawanie się bakteryom Wisły do studzien bielańskich, stwierdza prelegent, że przyczyną tego jest 1) blizkie położenie niektórych studzien wobec koryta Wisły i położenie ich w kierunku pędu bystrego rzeki, że zależy liczba ta 2) od wysokich stanów wody na Wiśle, 3) intensywnego czerpania wody ze studzien, zwłaszcza przy nizkich stanach rzeki i znaczniejszej depresyi, w końcu od 4) nagłego zwiększenia ruchu zakładu pompowego z jednej doby na drugą, zaburzającego ciągłą, jednolitą działalność naturalnego filtra ziemnego. O ile z zachowania się ciepłoty wody bielańskiej wnosić wolno, ruch wody filtrowanej w tym filtrze jest conajmniej 12 razy większy od najszybszego ruchu wody w sztucznym filtrze piaskowym prawidłowo czynnym i od bardzo szybkiego naturalnego ruchu wody gruntowej w gruncie rodzimym, umożliwiającego jeszcze dobrą filtracyę. Nic dziwnego, że w tych warunkach filtr naturalny bielański zawodzi.

Znaczniejsza zawartość bakteryi w wodzie bielańskiaj, a zwłaszcza prawie stała obecność w niej bakteryi kałowych są ostrzeżeniem, że woda ta może kiedyś w razie wybuchu epidemii tyfusu, czerwonki, cholery w górze rzeki przenieść te choroby do miasta i być przyczyną groźnej epidemii.

Woda bielańska niejednokrotnie bywa opalizująca i mętnawa z powodu zawartości żelaza. Wprawdzie żelazo, zawarte w znaczniejszej ilości w wodzie poszczególnych studzien, wydziela się w wodzie zmieszanej po części na drodze mechanicznej, po części w następstwie procesów chemicznych, niemniej jednak procesy te niejednokrotnie nie wystarczają, by wodzie bielańskiej nadać ilość żelaza, wymaganą od dobrej wody wodociągowej. Przyczyna tego tkwi w tem, że zawartość żelaza w studniach podlega znacznym wahaniom w następstwie rozmaitej zawartości w wodzie bielańskiej bezwodnika węglowego, rozpuszczającego żelazo gruntu lub urządzenia żelaznego studzien, zależnej znów od wahań wody w gruncie. Nie jest też wykluczonem, że zażelezienie wody w mieście jest czasem objawem czysto lokalnym, spowodowanym rozpuszczającem działaniem wody na rury żelazne sieci miejskiej. Aby wodę bielańską poprawić również co do tych własności, nie można pozostawić nadal procesu jej odzelezienia się czynnikom wyłącznie naturalnym.

Aby wodociąg bielański odpowiedział wymaganiom higieny uważa prelegent za potrzebne, aby: 1) wyłączono zeń kilka studzien, dostarczających wody najbardziej pod względem higienicznym niepewnej; 2) ograniczono wyzyskanie terenu bielańskiego przez ograniczenie ruchu zakładu pompowego do tego stopnia, który zabezpiecza dobrą filtracyę wody wiślanej przez grunt bielański. Ponieważ jednak przeprowadzenie tego żądania nie jest wykonalne przy należytem zaopatrzeniu miasta w wodę bez zastąpienia wody bielańskiej inną wodą w ilości dostatecznej — zachodzi: 3) potrzeba rychłej budowy nowego wodociągu, zabezpieczającego miastu conajmniej taką ilość wody, której bez ujmy nieodzownych własności higienicznych wodociąg bielański miastu dostarczyć nie może; w końcu potrzeba, by 4) wodę bielańską pozbawiano żelaza na drodze sztucznej. (Streszczenie własne).

Dyskusya:

1) Dyr. wodociągu, inż. Jaszczurowski: Dzisiejszy wodociąg nie może wystarczyć dla pokrycia potrzeb ciągle wzrastającego miasta. Rozszerzenie jego, jak dotychczas, uniemożliwione było przez względy wojskowe, które do niedawna miały rozstrzygający głos w sprawach, dotyczących wodociągu krakowskiego. Jednakże wydajność wodociągu musi być dostosowana do potrzeb konsumcyi. Z tego powodu zamknięcie dziś kilku studzien byłoby żądaniem, niemożliwem do wykonania; lepiej byłoby usunąć przyczyny, dla których owe studnie wadliwie działają. Wymagania konsumcyi wody czynią też niemożliwem ograniczenie wydajności terenu bielańskiego.

2) Kol. Momidłowski: Zanieczyszczenie bakteryjne wody krakowskiej jest okolicznością, która na miasto może sprowadzić wielkie niebezpieczeństwo. Wobec niego nie należałoby się wahać z zamknięciem kilku najwięcej niepewnych studzień, przez co ubytek wody w wodociągu nie byłby bardzo duży. Wadą nowych studzien jest to, że zbudowano je absolutnie za blizko brzegu Wisły. Ze względu na ważność sprawy kol. M. przedkłada następujące wnioski, które jako opinia Towarzystwa lekarskiego byłyby podane właściwym czynnikom: 1) Ponieważ higiena wodna stanowi już wielki dział specyalnej wiedzy, opartej na nauce i doświadczeniu, tak że n. p. w Niemczech stworzono już do badania spraw wodnych osobną instytucyę naukową, mianowicie: »Prüfungsamt für Wasserhygiene«, przeto należałoby i u nas korzystać w tym względzie stale z instytucyi, w której nagromadziło się dotychczas najwięcej doświadczenia w tym kierunku, jaką jest powszechny zakład dla badania środków spożywczych. 2) Przy projektowaniu nowych źródeł pobierania wody dla wodociągów miejskich należy w każdym wypadku zasięgnąć zdania również znawców z dziedziny higieny wodnej. 3) W komisyi wodociągowej miejskiej powinien stale zasiadać znawca dla spraw higieny wodnej, powołany z poza organów miejskich.

3) Kol. doc. Seńkowski: Kolega prelegent wytoczył ciężkie zarzuty, a dyrektor wodociągu udowodnił, że przy dzisiejszym stanie zmiana na lepsze jest prawie niemożliwa. Czy jednak wobec tego faktu nie da się zrobić nic na przyszłość? Należałoby przedewszystkiem myśleć o innych źródłach, któreby lepiej niż dzisiejsze odpowiadały wymaganiom higieny. O ile mowcy wiadomo, były w wapieniu jurajskim w Pychowicach robione wiercenia, które stwierdziły tam obfite ilości wody, nie zawierającej żadnych bakteryi. Należałoby z tego skorzystać, bo wapień jurajski ciągnie się aż do Krzeszowic, zatem tam możnaby zapewne uzyskać dostateczną ilość dobrej wody.

4) Kol. prof. Nitsch: W miejskiej pracowni bakteryologicznej bada się obecnie codziennie wodę z 10 kranów wodociągowych, wziętą w różnych okolicach miasta. Badania te wykazują, że prawie stale w wodzie znajduje się prątek okrężnicy. W okresie niebezpieczeństwa zawleczenia cholery, czerwonki i tyfusu badano stale i co do tych bakteryi: nigdy ich nie stwierdzano. Nie znaczy to jednak, że te drobnoustroje w przyszłości również nie będą występować, gdyż jeżeli grunt przepuszcza prątki okrężnicy z Wisły, to może przepuszczać w razie ich wystąpienia w Wiśle taksamo dobrze zarazki czerwonki, tyfusu i chory. Z tego względu konieczna jest jakaś reforma, która powinna iść w kierunku stworzenia innych jeszcze źródeł. Przytem byłoby bardzo pożądane, aby pobieranie wody ze studzien do badania bakteryologicznego odbywało się w sposób, odpowiadający więcej zasadom aseptyki, niż się to dzieje dziś. Badanie bowiem w warunkach odpowiednich zyskuje na wartości bardzo wiele.

5) Inż. Z. Rodakowski: Jest faktem, że woda krakowska pochodzi z Wisły, i że wprawdzie jest możliwa do użytku, ale nie jest idealna. Jest to zapewne następstwem położenia finansowego miasta, położenia, które zmusiło do oszczędnego postępowania przy znacznem powiększeniu ilości wody dla miasta. Nie zmniejsza to jednak konieczności reformy, między innemi i ze względu na przewidziamy dalszy rozwój miasta. Budowa nowego wodociągu będzie konieczna, bo leczenie dzisiejszego nie doprowadzi do pożądanego celu.

6) Dyr. Jaszczurowski: Krytykując dzisiejsze urządzenie wodociągowe, pamiętać należy o tem, że gmina budowała wodociąg wbrew zakazom władz centralnych dlatego, że budowała na własnych gruntach. Gdy wodociąg budowano, wtenczas nie było możliwe budować go gdzieindziej.

7) Prof. Sikorski: Byłoby bardzo wskazane, aby wodę badano nie tylko z kranów, ale i z pojedynczych studzien ze względu na konieczność ponoszenia przez kogoś odpowiedzialności za zanieczyszczenia wody.

8) W końcu kol. prelegent udzielał wyjaśnień.

Sekr. dor. Dr Michejda.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Józef Hornowski: **Dysenterya i tyfusy.** (Powszechne Wykłady Wszechnicy i Politechniki lwowskiej Nr. 31). Lwów 1918. Nakładem Książnicy polskiej Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych. Str. 54.

Tenże: **Samoobrona organizmu w walce o zdrowie i życie, a choroby, starość i śmierć.** (Powsz. Wykł. Nr. 32). Str. 100. z 24 rycinami w tekście.

W przeciwieństwie do Warszawy, nie obfitował zbyt ani Lwów, ani Kraków w lekarzy, oddających pióro na usługi wykształconego ogółu. Stąd wynikał niejednokrotnie dotkliwy brak książek, uprzystępniających szerszym kołom zdobycze nauk lekarskich. Brak to szkodliwy, bo koła te potrzebują i szukają w tym kierunku wiadomości; a nie dostając ich z rąk zawodowych, karmią się wydawnictwami, pełnemi fałszów, fabrykowanemi przez niedouczków lub oszustów, a wydawanemi li dla zysku.

Nieliczny szereg poważnych pisarzy lekarskich, pracujących dla szerszych kół, powiększa prof. Hornowski. Nie jest rzeczą łatwą pisać dostępnie dla czytelników, nie obeznanych zgoła z medycyną; autor oprócz przerzucenia się ze zwykłego stylu naukowego do lżejszej formy pogadanki raczej, niż wykładu, musi sobie doskonale uprzytomnić, do jakich granic można się posunąć w popularyzacyi medycyny, a przytem musi liczyć się z tem, że czytelnik — który bez trudu przyjmuje popularyzacyę z zakresu nauk humanistycznych, bo do tego ma jakie-takie przygotowanie — niema zwykle żadnych podstaw, żadnego przygotowania do zrozumienia zjawisk biologicznych i że trzeba temu czytelnikowi wyjaśniać rzeczy najelementarniejsze. Obiema swemi rozprawami dowiódł prof. Hornowski, że z temi trudnościami się liczył i nietylko prawie zupełnie je opanował, ale zaletami stylu stanął odrazu w pierwszym szeregu naszych popularyzatorów. O niewątpliwym talencie w tym kierunku świadczy zwłaszcza rozprawa p. t. »Samoobrona organizmu«, w której oparcie się o tło ogólnobiologiczne podnosi nastrój wykładu i pięknie rozszerza jego horyzonty. Możnaby podnieść zarzut z powodu może zbyt częstej personifikacyi zjawisk biologicznych i z powodu takiego sposobu przedstawienia poglądów Miecznikowa na starzenie się, jak gdyby się autor na te poglądy ze wszystkiem bez zastrzeżeń pisał; są to jednak drobne szczegóły, nie odejmujące rozprawie jej praktycznej wartości. R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 6. III. posiedzenie, na którem dr. Piotrowski omówił szczegółowo sprawę rozwiązania ciężarnych, chorych na gruźlicze zapalenie opon, na zasadzie przypadków z kliniki prof. Rosnera, dr. Szancenbach przedstawił szereg preparatów, pochodzących z przypadków mięsaka, gruczolako-raka i nabłoniaka kosmówkowego macicy, omawiając ich właściwości kliniczne, w końcu dr. doc. Zubrzycki przedstawił przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej, powikłany miesiączkowaniem przez pęcherz, przypadki niezwykłej zawartości torbieli skórzakowej, przypadek salpingitis nodosa, w końcu kilka przypadków ciąży zamacicznej z uwzględnieniem ich etyologii. W dyskusyi zabierali głos: dr. Radwańska, doc. Zubrzycki, prof. Rosner, Gliński, Ciechanowski, doc. Kleczkowski, dr. Rychliński, prof. Krzyształowicz.

Dalszy ciąg posiedzenia (wykłady prof. Rosnera i dr. Radwańskiej) odbędzie się dnia 13. marca.

— Prof. Dr. Antoni Mars ze Lwowa przyłączył się do grona kolegów, przyczyniających się dobrowolnie do kosztów wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«.

— W dziennikach pojawiły się odezwy Towarzystw bratniej pomocy słuchaczów uniwersytetu, by ci, którym zasiłki z tych Towarzystw dopomogły do osiągnięcia stanowiska, zwrotem tych kwot dopomogli teraz do ukończenia studyów młodzieży, walczącej obecnie z bardzo wielkiemi trudnościami z powodu drożyzny. Na ten apel złożył jeden z młodych lekarzy krakowskich (aczkolwiek nie korzystał z zasiłków Bratniej pomocy, lecz tylko z pomocy dobrych ludzi w trudnych przejściach) do rąk i do rozporządzenia Redaktora »Przeglądu lekarskiego« pięćset koron na jednorazowy zasiłek dla słuchacza medycyny w Krakowie, Polaka, z tem, by to stypendyum po dojściu do stanowiska stypendysta znów oddał najwięcej potrzebującemu. Kwotę tę przyznano w porozumieniu z Bratnią pomocą medyków słuchaczowi Uniw. Jag., najbardziej potrzebującemu pomocy.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (Nr. 9) podaje, że na posiedzeniu 15. II. 1918 postanowił Wydział lekarski warszawski zaprosić: na katedrę anatomii patologicznej Z. Dmochowskiego i J. Hornowskiego ze Lwowa, na katedrę patologii ogólnej A. Wrzoska z Krakowa, na dwie katedry medycyny wewnętrznej primo loco A. Gluzińskiego ze Lwowa i K. Rzętkowskiego z Warszawy, secundo loco W. Janowskiego z Warszawy; na katedrę propedeutyki A. Sokołowskiego z Warszawy, na dwie katedry chirurgii primo loco L. Kryńskiego z Warszawy i M. Rutkowskiego z Krakowa, secundo loco F. Kijewskiego z Warszawy.

Postanowiono też wciągnąć do pracy dydaktycznej dla Uniwersytetu (o ile zawarty będzie układ z Zarządem miasta, jako właściciela szpitali) oddziały szpitalne internistyczne B. Dębińskiego, S. Bronowskiego i A. Puławskiego, chirurgiczne A. Leśniowskiego i B. Sawickiego.

Z końcem lutego rozpoczęły się po raz pierwszy na Wydziale lekarskim egzamina ścisłe, mianowicie pierwsze rygorozum, od którego zależy dopuszczenie do dalszej części studyów.

— W Towarzystwie higienicznem utworzono fundacyę im. K. Chełchowskiego dla popierania higieny ludowej. Fundacya wynosi obecnie 4000 rb.; do zarządu jej zostali wybrani Dr. Bączkiewicz, Kucharzewski, A. Puławski, Rząd i Stankiewicz.

— Z powodu srożenia się epidemii duru plamistego pisze »Gazeta lekarska« (Nr. 8): »Do walki z tą chorobą należy być uzbrojonym w podwójny oręż: mieć możność zaopatrywania ludności w żywność w ilości wystarczającej i posiadać władzę do faktycznego odbrudzenia ludności. Wyznaczone obecnie racye żywnościowe zaledwie pokrywają $^1/_3$ rzeczywistych potrzeb. Odkażenie mieszkań, odosobnienie chorego i rodziny, odwszanie, ogólne czyszczenie domów w obecnych warunkach przeprowadzić się nie daje. ...Toć przecież dziś w warunkach, w jakich żyjemy, spalenie n. p. siennika ma ten skutek, że »odkażony« musi spać na gołej podłodze, a »odwszony« jest takim tylko na jeden dzień; powraca do domu nieoczyszczonego i niema bielizny do zmiany, gdyż jest w posiadaniu jedynej tylko, i to podartej koszuli; brak mu mydła, brak gorącej wody... Stawiają nam za przykład ludność niemiecką... Ludność niemiecka żyje w zupełnie odmiennych warunkach: ma możność zarobkowania, jest znacznie lepiej odżywiana, otrzymuje po cenach nizkich żywność, ubranie. Gdy ludność nasza zostanie zrównana w prawach z ludnością innych krajów lub gdy będziemy mogli zaopiekować się tą ludnością samodzielnie, wtedy zapewne zdołamy zwalczyć epidemie«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **13. marca 1918** o godz. 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym, jako ciąg dalszy posiedzenia z 6. III., wykłady Dr. Radwańskiej prof. Rosnera i doc. Zubrzyckiego.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.